Ueber

Leber-Syphilis

mit miliaren Syphilomen.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medicinischen Fakultät

der

Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. B.

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

von

Eugen Pietrusky,
approb. Arzt

aus Bohrau in Schlesien.

Breslau,
Druck von Grass, Barth & Comp. (W. Friedrich).
1887.

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550827_0007

Auf dem grossen Gebiete der gesammten medicinischen Disciplin haben Kliniker und pathologische Anatomen in den letzten Decennien, aber auch schon zu Beginn unseres Jahrhunderts vielfach über Fragen discutirt, welche die Ursachen und das Wesen zweier überaus häufig vorkommender Krankheiten zu ergründen suchten. Aber je mehr man sich mit diesen Fragen beschäftigte, je eingehender man in das im Anfange noch dunkele Gebiet drang, desto grössere Schwierigkeiten stellten sich dem forschenden und nach Klarheit ringenden Geiste in den Weg. Die beiden Krankheiten, welche Verfasser hier im Sinne hat, sind die Tuberkulose und die Syphilis.

Erst in neuerer Zeit ist es gelungen, ein specifisches organisirtes Gift aufzufinden, welches jetzt allgemein als die materia peccans für tuberkulöse Erkrankungen gehalten wird. Und nach den Analogien, welche Tuberkulose und Syphilis miteinander haben, lag es nach dem Auffinden des Koch'schen Bacillus nahe, anzunehmen, dass auch das syphilitische Gift bacterieller Natur sei. Diese Annahme hat in neuester Zeit durch die eingehendsten Untersuchungen von Lustgarten und Doutrelepont einige, wenn auch nicht sichere Bestätigung erfahren. Um diese beiden Infectionskrankheiten soll es sich im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit handeln und zwar liegt ein Fall vor, bei welchem wahrscheinlich beide in ein und demselben Individuum ein und dasselbe Organ ergriffen hatten, ein Fall von Leber-Syphilis, wahrscheinlich combinirt mit Miliartuberkulose.

Bevor Verfasser jedoch denselben bespricht, sollen einige Worte über die gegenseitigen Beziehungen zwischen Lues und Tuberkulose hier zuerst Platz finden, mit specieller Berücksichtigung derjenigen Form der Tuberkulose, welche als miliare bezeichnet wird.

Während man früher den verkäsenden Riesentuberkel fast allgemein als das specifische histologische Substrat der Tuberkulose angesprochen hatte und ihm geradezu einen pathognostischen Werth für die histologische Diagnose der Tuberkulose einräumte, ihn von anderen vielkernigen Protoplasmamassen abzugrenzen suchte, ist heut zu Tage, dank den sorgfältigen Beobachtungen Baumgarten's, ein unzweideutiger Beweis dafür geliefert, dass auch das Product der Syphilis in derselben Form, nämlich in der des verkäsenden Riesentuberkels auftreten kann. Dadurch aber war zu den vielfachen Aehnlichkeiten, welche zwischen den Producten der Syphilis und Tuberkulose anerkanntermassen bestanden, Aehnlichkeiten, die unter Umständen so weit gehen konnten, dass selbst die geübtesten Untersucher es aufgeben mussten, eine sichere Entscheidung zu treffen, eine neue hinzugetreten, insofern als sich in den pathologischen Erzeugnissen beider Erkrankungen kein Unterschied entdecken liess.

Unna untersuchte das Gewebe eines indurirten Schankers. Er fand dasselbe von zahlreichsten Knötchen vom Bau des verkäsenden Riesentuberkels durchsetzt, welche er als miliare Syphilome anspricht.

Beide Krankheiten schaffen also in pathologischer Beziehung dasselbe, beide sind bacteriellen Ursprungs; nächstdem kommen beide unter sonst günstigen Bedingungen bei demselben Individuum vor.

Denn das von syphilitischen Eltern abstammende Kind bringt in Folge einer gewissen Widerstandslosigkeit seiner Körperconstitution eine Prädisposition zu allerlei

Erkrankungen mit auf die Welt. Es wird durch die functionellen Störungen, welche in der Lues begründet sind, durch den Zustand der Depression, in welche sie den ganzen Körper versetzt, sowohl die Resistenz gegen Krankheiten bedingende Einflüsse vermindert, als auch selbst die Entstehung und Entwickelung gewisser Krankheiten begünstigt, und hinzugetretene Krankheiten werden durch die Complication mit dem krankhaften Zustande befördert, erschwert und gefährlicher. Es scheinen bei der Coincidenz der syphilitischen Diathese und anderer chronischer Krankheiten, die krankhaften Manifestationen mehr unter dem Einflusse der Syphilis zu stehen, denn sie hören oft gänzlich auf, wenn man den luetischen Einfluss durch die Behandlung schwächt oder zerstört.

Remonat („Jahresbericht der gesammten Medicin v. Virchow-Hirsch. 1883. II.") betont hingegen, dass die Syphilis nicht in auffälliger Weise auf die Hervorrufung anderer krankhafter Läsionen, wie z. B. der scrophulösen hinzuwirken scheine. Sie entfalte aber eine düstere Thätigkeit, um die Tuberkulose zu wecken und hervorzurufen; sie schaffe Krankheitsherde, Punkte verminderter Resistenz, deren sich die Tuberkulose bemächtigt, um sich zu entwickeln. Daher ist es heut zu Tage eine oft gemachte Beobachtung, dass Syphilitiker tuberkulös werden.

Allerdings bemerkt Verneuil („Jahresbericht der gesammten Medicin v. Virchow-Hirsch. 1881. II."), dass sich in den meisten Fällen die Priorität der Lues vor der Tuberkulose nicht konstatiren lasse. Vielmehr trügen die meisten Kranken oft ältere angeerbte Tuberkulose an sich, und die Syphilis sei ganz entschieden erst später hinzugekommen.

Damit würde auch der von Baumgarten („Deutsche medicinische Wochenschrift 1882") vertretene Standpunkt

übereinstimmen, nach dessen Anschauung die Verbreitung der verborgenen „latenten“ tuberkulösen Herde in anscheinend gesunden Individuen bekanntermassen eine sehr grosse ist.

Hutchinson („Handbuch der chronischen Infectionskrankheiten von Prof. Chr. Bäumler in Erlangen, Prof. A. Keller in Kiel, Prof. O. Bollinger in München“), der dieser Frage besondere Aufmerksamkeit schenkte, spricht sich dahin aus, dass Lues, wenigstens die hereditäre, weder zu Lungenschwindsucht, noch zu den gewöhnlichen tuberkulösen Erkrankungen disponire.

Wie dem auch sein mag, a priori wird jeder zugeben müssen, dass aus den zahlreichen in der medicinischen Literatur gemachten Mittheilungen zur Genüge hervorgeht, wie oft beide Affectionen in ein und demselben Organismus beobachtet wurden. Sie waren sogar mitunter auf ein und dasselbe Organ beschränkt, auf ein Organ, welches seiner exponirten Lage wegen zu weitaus den meisten pathologischen Processen neigt, auf die Lungen. Dagegen ist es auffallend, dass bisher wenige der Fälle mitgetheilt sind, in welchen eine Miliartuberkulose mit Syphilis und speciell mit Leberlues zusammen beobachtet wurde. Ist die Annahme nicht ganz gerechtfertigt, dass bei Individuen, die an hochgradiger Lungentuberkulose leiden, wenn eine solche erst nach einer syphilitischen Infection Platz gegriffen hat, dass bei solchen sich über kurz oder lang eine acute allgemeine Miliartuberkulose entwickeln müsse?

Einen derartigen Fall hat E. Wagner in seinem „Archiv für Heilkunde“ beschrieben. Derselbe führt den Titel: „Hochgradige Lungen-Tuberkulose. Syphilitische Narben und Tuberkel der Leber“.

Es handelt sich dort um ein 39jähriges Weib von mittelgrossem, stark abgemagertem Körper. Haut bleich

mit spärlichen blassen Todtenflecken. Mässige Starre. Unterhautzellgewebe fettarm. Muskulatur spärlich.

Schädeldach und dura mater normal, weiche Hirnhäute an der Convexität getrübt; Hirnsubstanz blutarm, bleicher.

Rachen normal. Schilddrüsenlappen über doppelt grösser, theils gleichmässig colloid entartet, theils von zahlreichen Colloidknoten durchsetzt. Die linke Lunge ist über dem oberen Lappen kurz und sehr fest verwachsen. In der Pleura findet sich gegen 1½ Pfd. einer gelblichen, schwach trüben Flüssigkeit. Die obere Hälfte des oberen Lappens besteht aus einer einzigen Caverne mit schmieriger grauer Masse, deren Innenfläche zahlreiche sehnige Balken enthält. Der übrige Theil des oberen Lappens enthält in der Umgebung der Caverne fast nirgends Luft und besteht aus einer schwieligen Substanz mit reichlichen käsigen Einlagerungen. Im übrigen Lungengewebe mässig reichliche Gruppen von älteren Tuberkeln und stellenweise schwieliges, pigmentirtes Gewebe. Mässige chronische Bronchitis.

Die rechte Lunge an der Spitze fest verwachsen, übrigens mässig emphysematös, mässig blutarm. In allen Bronchien dieser Lunge reichliches, theils flüssiges, theils geronnenes Blut.

Visceralblatt des Herzens gleichmässig getrübt, vorzüglich rechts. Herz fast um die Hälfte grösser. Linker Ventrikel etwas weiter. Papillarmuskeln in den Spitzen sehnig. Sehnenfäden stark verdickt, wenig verkürzt. Das vordere Klappensegel weniger, das hintere stark verkürzt, beide verdickt, schwielig. Das Endocardium des linken Ventrikels ziemlich gleichmässig getrübt; ebenso das des linken Vorhofes; letzterer, wie die Höhle des rechten Herzens mässig erweitert. Aortenklappen schwach verdickt.

In der Bauchhöhle eine geringe Menge klarer Flüssigkeit.

Die Leber nirgends verwachsen, in ihrem dicken und queren Durchmesser wenig, von vorn nach hinten stärker verkleinert. Linker Leberlappen verhältnissmässig gross. Die Oberfläche der Leber an zahlreichen Stellen stark, an den übrigen schwächer getrübt. Die stärkeren Trübungen entsprechen stellenweise bis 3‴ tiefen Furchen, von denen sich theilweise flachere Furchen in das Innere der Leber ziehen. Der Leberdurchschnitt fester. Das Lebergewebe braunroth, undeutlich acinös, nur an wenigen Stellen bis halb erbsengrosse, graue und graugelbliche Tuberkel enthaltend. Grosse Gefässe normal. Galle spärlich, braunroth.

Die Milz 5‴ lang, verhältnissmässig breit und dick. Die obere Hälfte der Milz blassroth, die untere in scharfen Umgrenzungen dunkelroth. Consistenz beider normal.

Die Nieren etwas grösser. Kapsel fester ansitzend. Oberfläche gleichmässig flach granulirt. Rinde breiter, grau und roth gestreift, weniger deutlich fasrig, normal consistent. An einer Stelle in der Rinde der linken Niere durch deren ganze Dicke ein $^1/_2$‴ breiter gelber Tuberkel.

Im Magen reichliche Speisereste. Schleimhaut normal. Zahlreiche Mesenterialdrüsen 2—3mal grösser, theils einfach hypertrophisch, theils gelb tuberkulisirt. Dickdarmschleimhaut normal.

Uterus gegen doppelt grösser, gleichmässig hypertrophisch. Schleimhaut des Körpers normal. Am äusseren Muttermund ein 1–2 ‴ breiter Rand von Excoriationen und Granulationen; weiter nach aussen bis linsengrosse, tiefe, schwach pigmentirte Narben. Ovarien derb. An der linken kleinen Schamlippe eine gegen zweilinsengrosse, tiefe, vernarbte Grube.

Die mikroskopische Untersuchung der Leberschwielen zeigte als Hauptbestandtheil undeutlich fasriges oder ho-

mogenes, dicht verfilztes Bindegewebe, in welchem meist spärliche, stellenweise reichlichere, meist gleichmässig vertheilte, kleine oder mittelgrosse, runde, etwas atrophische Kerne, hier und da auch kleine, runde, grosskernige Zellen lagen. Dieselbe Zunahme des Bindegewebes mit meist reichlichen, gleichmässig vertheilten Kernen fand sich zwischen den Acini in der unmittelbaren Umgebung der Schwielen. Die Tuberkel der Leber unterschieden sich nicht von gewöhnlichen Tuberkeln.

Dass es sich in diesem Falle, nach dem Ergebniss der Section zu urtheilen, um eine syphilitische Leber handelte, liegt auf der Hand und zwar war hier der luetische Process, wie in den meisten zur Section kommenden Fällen, bereits im Stadium der Schrumpfung. Ob aber die in der Leber gefundenen Tuberkel specifische, die Lues charakterisirende waren, wie Wagner annimmt, darüber liesse sich vielleicht noch streiten. Die in den Lungen ausgedehnt vorhandenen tuberkulösen Processe lassen den Gedanken aufkommen, dass es sich auch um eine Leber-Tuberkulose gehandelt habe. Denn es ist ja durch sorgfältige Statistiken erwiesen, dass die Tuberkulose der Leber sich oft an eine solche der Lungen anschliesst. Nach der grossen Casuistik Wagner's fand sich die Leber-Tuberkulose am häufigsten neben der gewöhnlichen Lungen-Tuberkulose und neben secundärer Tuberculose der meisten übrigen Organe; ferner fand sie sich neben primärer Tuberkulose der Lymphdrüsen verschiedener Systeme, des Gehirns, der Knochen, der Nieren und des Darmkanals. Von primärer Tuberkulose der Leber wird bis auf den heutigen Tag kein Fall berichtet. Zwar hat Orth einen Fall beschrieben, bei dem sich die Zusammensetzung des über faustgrossen Käseknotens in der Leber, der während des Lebens für einen Krebsknoten gehalten worden war, aus conglomerirten Tuberkeln nach-

weisen liess. Er schliesst hieran, dass es sich möglicherweise um eine primäre Lebertuberkulose gehandelt habe.

Sollte der eben beschriebene Fall Wagner's die oben angegebene Deutung zulassen, dann würde er einer von denjenigen sein, die dem in der vorliegenden Arbeit im Folgenden zu besprechenden an die Seite gestellt werden müssten. Ebenso beschreibt Aufrecht in Magdeburg („Deutsche Zeitschrift f. pract. Med. 26. 1874") Fälle, die in naher Beziehung zu dem eben mitgetheilten Wagner'schen stehen. Zwar schliesst er die Bemerkung an, dass von irgend welchen Beziehungen der vorgefundenen Tuberkel zu allgemeiner Tuberkulose keine Rede sein konnte. Es lässt aber der Sectionsbericht diese Behauptung zweifelhaft erscheinen.

Derselbe möge hier folgen, nach einer kurzen Angabe der wichtigsten und bedeutungsvollsten Data aus der Krankengeschichte.

Ein 21jähriges Frauenzimmer, ohne erhebliche Anlage zur Tuberkulose erkrankte an zunehmender Anschwellung der Füsse und Augenlider und Athembeschwerden und wurde am 29. Juni 1868 in dem Magdeburger Krankenhause aufgenommen. Sie sah herabgekommen und cachectisch aus. Brust, Bauch und untere Extremitäten waren mit blassrothen, linsengrossen, nicht über das Niveau der Haut hervorragenden Flecken bedeckt. Der Puls war beschleunigt, die Temperatur erhöht, die Respirationsfrequenz vermehrt. Ueber Lungen, Herz, Leber und Milz ergaben Percussion und Auscultation nichts Abnormes, an den seitlichen Unterbauchgegenden Dämpfung. An den grossen und kleinen Schamlippen fanden sich sehr zahlreiche flache Condylome. Der Harn war trüb, blass, sauer, von 1,025 specifischem Gewicht, und so eiweisshaltig, dass er beim Kochen zu einer dickbreiigen Masse erstarrte.

Warme Bäder mit nachfolgender Einwickelung in wollene Decken setzten die Temperatur dauernd herab, der Puls blieb aber frequent, das Anasarca nahm vorübergehend ab, später aber noch mehr zu und häufige Diarrhoe stellte sich ein. Nach Anwendung von Tannin hörte der Durchfall auf, die Roseola und die Condylome schwanden, aber der Leib schwoll beträchtlich an; auf demselben überall deutliche Fluctuation. Der objective Befund blieb übrigens unverändert, aber die Kranke verfiel immer mehr.

Am 29. October trat ein 6 Stunden lang dauernder urämischer Anfall auf, dem Amaurose von zweistündiger Dauer folgte; am nächsten Tage war die Sehkraft wieder normal. Uebelkeit und Erbrechen traten in der nächsten Zeit häufig auf, der Ascites nahm ausserordentlich zu und verursachte so hochgradige Dyspnoë, dass die Punction des Unterleibes vorgenommen werden musste, nach welcher $1\frac{1}{2}$ Wassereimer einer bernsteingelben, schäumigen Flüssigkeit entleert wurden. Der Ascites wuchs aber rasch wieder zu seiner früheren Höhe, obwohl die Dyspnoë nicht so bedeutend wurde. Die Leber war nicht vergrössert. Am 30. Dezember trat ein urämischer Anfall von etwa 4stündiger Dauer ein. Am 22. Januar starb die Kranke an Erschöpfung.

Im Verlaufe der Krankheit nahm das specifische Gewicht des stets sauren, zeitweilig trüben Harns stetig ab, ebenso der Eiweissgehalt. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Urins fanden sich anfangs viele Fibrincylinder, Blasen und Nierenepithelien und sehr viele weisse Blutkörperchen, später auch Hämatoidinkrystalle und rothe Blutkörperchen. Während die Cylinder meist gekörnt und mit Zellen bedeckt waren, nahmen später die hyalinen zu; am 19. Juli fanden sich zum ersten Male mit Fetttropfen bedeckte Cylinder. Bei den letzten

Untersuchungen fanden sich nur wenige blasse Cylinder; die übrigen pathologischen Bestandtheile traten fast ganz zurück.

Bei der Section fand man seröse Flüssigkeit in mässiger Menge im Herzbeutel, das Herz etwas gross, vollkommen fettlos, mit blassrother, ziemlich derber Muskulatur, die Klappen gesund, das Endocardium im linken Ventrikel von mehr weisslich sehnigem Aussehen als im rechten. Beide Lungen ödematös, mit der Brustwand verwachsen, sonst nicht krankhaft verändert. Die Bauchhöhle enthielt etwa einen Eimer klare seröse Flüssigkeit.

Das ganze Peritoneum parietale und viscerale war dicht mit stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen, weisslichen Knöpfchen besetzt, stellenweise von Gefässhöfen umgeben, durch deren Zusammenfliessen manchmal grössere Injectionsflecke entstanden. Massenhaft befanden sich solche Knötchen am grossen Netz, dessen linke Hälfte mit dem unteren Ende der Milz verwachsen war. Mit ähnlichen nur kleineren Knötchen und weniger dicht waren die Därme vom Magen bis zum Rectum bedeckt. Auch in der mit frischen Fibrinflocken bedeckten Milzkapsel fanden sich solche Knötchen, jedoch von mehr glänzendem Aussehen und fast durchscheinend.

Die Milz war dick, ihr Gewebe schlaff, von röthlicher Farbe, sie enthielt sehr reichliche, ziemlich grosse, in die Umgebung verwaschen übergehende Follikel.

Die linke Niere war ziemlich gross, ihre Kapsel leicht abziehbar, etwas verdickt, Consistenz normal, ihre Oberfläche von fast gleichmässig blassem Aussehen. Auf dem Durchschnitt zeigte sich die Rinde verbreitert, die graden Kanälchen erschienen breiter als die gewundenen, innerhalb der ersteren waren einzelne gelbliche Flecke und Züge sichtbar.

Die rechte Niere zeigte denselben Befund, nur war

die Rinde noch dicker und die graden Kanälchen erschienen in grösserer Ausdehnung rein gelb.

An der convexen Fläche der Leber fand sich eine Fibrinlage in Form eines Maschennetzes und unter dieser eine kleinere Zahl von mehr hellglänzenden Knötchen, ebenso wie in der Netzkapsel. Die Leber war glatt, normal gross, ihre Acini waren klein, die Centra von braunrother, die Peripherien von braungrauer Farbe.

Die Schleimhaut im Magen, Darm und in der Harnblase erschien blass, im Magen geschwollen.

Die Uterushöhle war geröthet, die Vagina hatte dunkelschiefriges Aussehen, die Innenseite der grossen Schamlippen und des Scheideneingangs zeigte starke Erosion; Narben fanden sich nicht.

Bei der mikroskopischen Untersuchung enthielten die mit Farbstoff gefüllten Leberzellen spärliche Fetttröpfchen, die Interstitien zwischen den einzelnen Acini zeigten sich verbreitert, im Bindegewebe sah man zahlreiche runde Kerne. Die Knötchen am Peritoneum bestanden aus kleinen runden Zellen, hier und da um dunklere, grössere Zellen gruppirt, manchmal auch um eine dunkle körnige Masse.

Der eben angeführte Fall von Aufrecht ist überschrieben: „Breite Condylome; Roseola, interstitielle Nephritis und Hepatitis; hochgradige Tuberkulose des gesammten parietalen und visceralen Peritoneum.“

Aufrecht nennt diesen Fall syphilitische Miliartuberkulose und er nimmt bei diesem, sowie bei einem später noch zu citirenden an, dass es sich hier um so eher um eine Beziehung zwischen der Syphilis und den Tuberkeln gehandelt habe, als von irgend welchen Beziehungen der vorgefundenen Tuberkel zu allgemeiner Tuberkulose keine Rede sein konnte. Er will diesen ersten Krankheitsfall also so verstanden wissen, dass die Lues, ähnlich der acuten allgemeinen Miliartuberkulose, zu einer Ueber-

schüttung des gesammten Organismus mit dem luetischen Gift, welches zur Tuberkeleruption in verschiedenen Organen geführt hat, den Anlass gab. Denn er negirt, dass die vorgefundenen Tuberkel mit allgemeiner Tuberkulose etwas zu thun gehabt hätten.

Einmal lässt sich dagegen erwidern, dass innere Organe im ersten Stadium der Syphilis, wo man Roseola und breite Condylome findet, so gut wie nie erkranken.

Zweitens tritt Lues im Peritoneum nur in der Form einer adhäsiven Entzündung des serösen Ueberzuges syphilitisch afficirter parenchymatöser Organe, wie der Leber, der Milz, der Ovarien auf, welche zur Verwachsung der genannten Organe mit dem Zwerchfell, dem Netz oder mit Abschnitten des Darmkanals führt. Aber eine Syphilis in Form von Knötchen im Bauchfell dürfte kaum je vorkommen.

Es ist vielleicht dieser erste Aufrecht'sche Fall so zu deuten, dass die im Bauchfell, im Netz, im Darm und der Leber vorgefundenen Tuberkel specifische die Tuberkulose charakterisirende waren und nichts mit der Syphilis zu thun hatten. Dies würde auch ganz der oben ausgesprochenen Ansicht entsprechen, die Baumgarten von den gegenseitigen Beziehungen der beiden in Frage stehenden Krankheiten hat: das Individuum barg einen latenten tuberkulösen Herd, der keine Erscheinungen machte, in sich, welcher durch Zufall zu einer Ausbreitung über den ganzen Körper führte.

Die Lues, wie wir sie hier im ersten Stadium treffen, trat entschieden später hinzu.

Möge nun gleich der zweite Aufrecht'sche Fall hier seinen Platz finden. Derselbe trägt auch die Ueberschrift: „Syphilitische Miliartuberkulose", darauf folgt:

„Syphilitische Ulcerationen im Rachen und an den Stimmbändern; gummöse Periostitis des Stirnbeins und

mehrerer Extremitätenknochen; Gummigeschwülste der Leber, zahlreiche Miliartuberkel des serösen Leberüberzuges."

Ein 27 jähriges Frauenzimmer hatte im Jahre 1872 wegen syphilitischer Infection eine Inunctionscur durchgemacht, doch war die Lues Ende folgenden Jahres wieder zum Ausbruch gekommen. Bei der Aufnahme am 11ten Mai 1874 waren die Knochen an verschiedenen Stellen des Körpers durch zerfallene Gummata von den Weichtheilen entblösst. Am rechten oberen Cervicaldreieck bestand eine tiefe Drüsenfistel, aus welcher fötider Eiter floss. Der Leib war sehr stark durch Ascites ausgedehnt, die Venen an den Bauchdecken beträchtlich erweitert, die Füsse ödematös. Der Harn eiweissfrei. An der hinteren Pharynxwand bestand ein grosses Geschwür, die Stimmbänder waren, wie die Section zeigte, fast vollständig exulcerirt. Später trat Katarrh mit reichlichen Rasselgeräuschen in beiden Lungen und zähen, schleimigeitrigen Sputis in geringer Menge auf, zunehmende Athemnoth stellte sich ein und die Kranke starb am 29. Mai.

Bei der Section fand man etwa einen Wassereimer voll hellgelber Flüssigkeit in der Bauchhöhle, nur wenig Serum im Herzbeutel und in der Pleurahöhle, das Herz und seine Klappen unverändert, die Lungen nicht adhärent und überall lufthaltig. Die Nieren normal, die Milz von gewöhnlicher Grösse.

Der Uterus enthielt in seiner Höhle etwas zähen Schleim, an der hinteren Muttermundslippe fand sich eine strahlige Narbe, eine nicht strahlige an der hinteren Scheidenwand.

Die durch zahlreiche Bindegewebsstränge mit dem Zwerchfell verwachsene Leber war normal gross, fühlte sich etwas zäh und lederartig an, an ihrer unteren Hälfte traten einzelne weissgelbliche Knoten von Haselnussgrösse

hervor, ähnliche Knoten zeigten sich auf der Schnittfläche. Sie fühlten sich derb und elastisch an, grenzten sich theils scharf, theils ausgezackt von der Umgebung ab, theils verschwammen sie mit derselben. Die acinöse Structur der Leber war an den meisten Stellen verschwunden, meist zeigte sich auf dem Durchschnitt ein mehr hyalingrau aussehendes, streifiges Gewebe mit vielfachen hämorrhagischen Stellen. Aufgiessen von Jodkalilösung brachte keine Veränderung hervor. Auf und in dem serösen Ueberzuge der ganzen unteren Hälfte an der Vorder- und Hinterfläche des rechten und des linken Leberlappens sassen theils weisse, theils graue kleine Knötchen, nur zum Theil über das Niveau des Leberüberzuges hervorragend. In Lungen, Herz, Nieren, Milz fanden sich derartige Knötchen nicht.

In gleicher Weise spricht Verfasser die bei der Section dieser Frauensperson neben den Gummata in der Leber gefundenen grauen Knötchen als tuberkulöse und nicht als syphilitische an, wenn auch der Einwand gerechtfertigt erscheint, dass sich solche in Lungen, Herz, Nieren und Milz nicht zeigten. Schon oben ist der Art und Weise Erwähnung gethan, wie die Syphilis, wenn sie in den serösen Ueberzügen luetisch afficirter Organe auftritt, vorkommt. In Knötchenform pflegt sie nicht aufzutreten. Gerade dieser Fall würde in die vorliegende Arbeit passen, da er uns zeigt, dass Leberlues hier combinirt war mit Lebertuberkulose, wenn auch nicht gerade mit der Form, die Theilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose ist, so doch mit der secundären Form, wie sie vorkommt im Anschluss an primäre Tuberkulose der Lymphdrüsen verschiedener Systeme, des Gehirns, der Knochen, der Nieren und des Darmkanals. Auffallend ist nur, dass ein kleiner Theil des Peritoneum: der seröse Ueberzug der Leber befallen wurde.

Einer dem oben geschilderten Wagner'schen Falle analoger wird von ihm in dem 4. Jahrgang seines Archivs für Heilkunde erwähnt:

„Zahlreiche syphilitische Verschwärungen von Weichtheilen und Knochen. Syphilome in Leber, Milz und Niere, Peripleuritis, Lungentuberkulose."

Die wichtigsten Punkte des Sectionsprotokolls sind folgende:

32 jähriges Weib, mittelgross, in hohem Grade abgemagert. Haut graugelb. In der linken Achselgegend ein gegen neugroschengrosser Schorf, nach dessen Ablösung ein tiefes, eiterndes, stark buchtiges Geschwür zum Vorschein kommt. Die obere Hälfte der linken grossen Schamlippe ist durch mehrere bis über bohnengrosse Löcher durchbrochen, aus denen sich eine höchst übelriechende, schwärzliche, dünne Flüssigkeit entleert.

An der Innenfläche des unteren Endes der linken Stirnbeinschuppe ein 2‴ langes, gegen 1‴ breites, knorriges Osteophyt.

Larynx, Schilddrüse, Rachenorgane normal. Die rechte Hälfte des oberen Theils des Manubrium sterni enthält unter dem Periost eine sehr reichliche, gelbe, käsig-eitrige Substanz, der entsprechend die Knochensubstanz stellenweise um die Hälfte dünner, an der Oberfläche, wie auch auf dem Durchschnitt gleichmässig graugelb gefärbt und etwas weicher, eitrig infiltrirt ist. Die linke Lunge ungefähr um die Hälfte kleiner, ringsum sehr fest und kurz verwachsen. Ueber ihrem unteren Lappen, sowohl an der Aussenfläche als an der Basis, finden sich stellenweise gegen $^3/_4$" dicke, gelbliche käsige Massen zwischen beiden Pleuraplatten. Ueber der Pleura costalis, von der 3. Rippe beginnend bis zur 9. Rippe, sowohl unter der Pleura der Rippen selbst, als auch unter der

der Intercostalräume, finden sich 1—3″ lange, bis ½″ dicke und gegen 1″ breite, scharf begrenzte, rundliche oder rundlich zackige Herde einer graugelben, käsigen, grösstentheils sehr trockenen Substanz, welche von einer übrigens glatten, stellenweise noch glänzenden Innenfläche begrenzt ist. Unter der Pleura pulmonalis des oberen Lungenlappens finden sich ebensolche, grösstentheils ovale, ¼—3″ lange, 3‴ dicke Herde, welche, ausser an der Pleura, grösstentheils von einer dicken, fibrinösen, stellenweise leicht abziehbaren Pseudomembran bedeckt sind. Der untere Lungenlappen ist stark comprimirt; der obere ist etwas kleiner und von zahlreichen, unter einander communicirenden, erbsen- bis kirschengrossen, mit einer blutigen Flüssigkeit erfüllten Höhlen durchsetzt, zwischen denen das Lungengewebe luftleer, glatt, grau und schwarz gefleckt, brüchig ist. Die Bronchien der ganzen Lunge sind sämmtlich gleichmässig erweitert, mit obigen Höhlen communicirend, reichlichen blutigen Schleim enthaltend. Ihre Schleimhaut ist stark geschwollen, Bronchialdrüsen grösser, grau und schwarz gefleckt, fester, trocken.

Die rechte Lunge hat ungefähr die normale Grösse, ist über dem oberen Lappen mässig, über dem unteren sehr fest und kurz verwachsen. Lungenpleura überall gegen ½‴ dick und schwielig. Am vorderen Rande des unteren Theiles des oberen Lappens findet sich eine ähnliche, 1″ lange, ½″ breite, 3″ dicke, gelbe, subpleurale Ansammlung, wie links. Der grösste Theil des oberen Lappens besteht aus auf die mannigfachste Weise unter einander zusammenhängenden, an den meisten Stellen bis nahe zur Pleura reichenden Höhlen mit blutig-eitriger Flüssigkeit und grösstentheils glatter, durch zahlreiche Balken unebener Innenfläche. Das übrige Gewebe dieses Lappens ist theils graugelb, feucht oder käsig, stellenweise pigmentirt, theils braunroth, luftleer. Der mittlere und

untere Lappen sind blutreich. Bronchien und Bronchialdrüsen wie links. Grosse Gefässe normal.

Herzbeutel eine geringe Menge klarer Flüssigkeit enthaltend. Herz in allen Durchmessern ungefähr um $^1/_4$ grösser. Linker Ventrikel etwas dicker und weiter, mit sparsamen Gerinnseln; Endocardium überall schwach verdickt, Papillarmuskeln etwas grösser, an den Spitzen schwach sehnig; Sehnenfäden und Klappensegel schwach verdickt; Aortenklappen gleichfalls etwas dicker. Herzfleisch links grauroth, weicher. Rechtes Herz ohne besondere Abnormität. Grosse Gefässe normal.

Bauchhöhle ohne Flüssigkeit. Serosa zwischen Leber und kleiner Magencurvatur mit ziemlich zahlreichen, sehr kleinen, grauen Miliartuberkeln besetzt. Leber in allen Durchmessern etwas grösser. An ihrer Oberfläche mässig reichliche, hirsekorn- bis linsengrosse, scharf begrenzte, meist runde, grauweisse, deutlich erhabene Flecke, die auf dem Durchschnitt bis 1‴ dick, grauweiss, feucht sind. Ebensolche bis doppelt grössere Knoten finden sich in etwas grösserer Menge im Innern der Leber; ihre Gestalt ist theils rund, theils unregelmässig zackig; ihre Peripherie gleicht denen unter der Serosa; das Centrum der meisten ist scharf umschrieben, rund oder zackig, graugelb, trocken. Ausserdem finden sich im Innern der Leber noch 1—3‴ im Durchmesser haltende, scharf begrenzte, cystenähnliche Räume mit einer grünen dünneren oder dickeren Flüssigkeit. Endlich ist die Leber durchsetzt stellenweise von sehr zahlreichen und äusserst kleinen Miliartuberkeln. Das übrige Lebergewebe ist undeutlich acinös, grauroth, weicher, blutarm. Lebergefässe ohne besondere Abnormität, Galle sparsam, dunkel.

Die Milz gegen 7″ lang, verhältnissmässig breit und dick. An ihrem oberen Ende ein grosser Sehnenfleck. Ihre übrige Oberfläche enthält sehr zahlreiche, 1—3‴ im

Durchmesser habende, schwach vorspringende Knoten von derselben Farbe wie die übrige Oberfläche. Auf dem Durchschnitt sieht man dieselben Knoten, wie an der Peripherie und noch zahlreiche sehr kleine Knötchen; sie unterscheiden sich von dem übrigen Milzgewebe vorzugsweise durch ihre etwas hellere Farbe, durch derbere Consistenz, grössere Trockenheit und durch ihre scharfe Umgrenzung.

Linke Niere normal gross. Kapsel normal. An ihrer Oberfläche finden sich zwei gegen 4 □‴ grosse, schwach vorragende Stellen, welche zahlreiche, sehr kleine weisse Körnchen zeigen; auf dem Durchschnitt sind dieselben grauröthlich und graugelblich, trocken und ziemlich scharf umgrenzt. Die übrige Rindensubstanz ist normal breit, grau und roth gestreift, weicher.

Rechte Niere etwas grösser, noch stellenweise congenital gelappt, an ihrem unteren Ende findet sich eine gegen wallnussgrosse, von der Oberfläche der Niere bis nahe zu den Kelchen reichende, nur mehr trockene Masse als links.

Die Lymphdrüsen in der kleinen Magencurvatur sind zum Theil stark vergrössert und bestehen grösstentheils aus einer verschieden dicken Kapsel und gelbem, käsigen Inhalte. Oesophagus und Magen normal.

Schleimhaut des oberen Dünndarms mit reichlicher graugelblicher, schleimig eitriger Flüssigkeit bedeckt, mässig schwarz gefleckt, sonst normal. Nur stellenweise finden sich im oberen Jejunum kleine frische Ecchymosen. Der untere Dünndarm ganz normal. Ebenso die Dickdarmschleimhaut. An Mesenterialdrüsen, Pancreas und Nebennieren nichts Abnormes zu sehen.

Der Uterus schwach vergrössert, am inneren Muttermund nach vorn geknickt; Serosa an den meisten Stellen ziemlich stark und gleichmässig verdickt; das Gewebe des

Uterus sehr blass und brüchig. Ovarien kleiner, ziemlich fest; Tuben normal.

Wagner trägt trotz der gleichzeitig vorhandenen Lungentuberkulose kein Bedenken, diesen Fall mit zur Miliarsyphilis zu rechnen. Dagegen lässt sich die Vermuthung aussprechen, dass die kleineren vorgefundenen Lebergeschwülste nicht luetische, sondern tuberkulöse, allein der Tuberkulose zukommende Neubildungen waren. Eine wesentliche Stütze findet diese letztere Ansicht darin, dass bei einer bestehenden tuberkulösen Pleuritis eine Fortleitung des tuberkulösen Processes von dem Brustfell her durch das Zwerchfell hindurch auf das Bauchfell, auf den serösen Ueberzug der Leber ausserordentlich leicht zu Stande kommen kann. Von da aus geht dann das tuberkulöse Virus weiter auf die Oberfläche der Leber und führt hier zur Tuberkeleruption. Nach dieser Richtung hin fasst Verfasser den oben von Wagner beschriebenen und hier angeführten Fall auf und stellt ihn als Analogon dem später zu beschreibenden eigenen an die Seite, in dem es sich, wie bereits angedeutet, handeln soll um eine Lebersyphilis, welche wahrscheinlich combinirt war mit Miliartuberkulose.

Verfasser will zunächst ein kurzes Bild entwerfen über den Krankheitsverlauf des ihm zugewiesenen Falles:

Derselbe betrifft einen 35 Jahre alten Mann von Betzenhausen bei Freiburg, der am 16. Mai in das Freiburger Spital aufgenommen wurde. Der Patient gab an, dass seine Eltern nicht mehr am Leben seien: Der Vater starb an Lungenentzündung, die Mutter erlag in hohem Alter einem Schlaganfalle. Vier Geschwister sind gestorben an Halsentzündung, am blauen Husten, an Lungenschwindsucht, am Kindbettfieber. Patient war als Kind scrophulös und hatte bis zum 11. Jahre mit Augenleiden zu kämpfen. Nach dieser Zeit bis zum Eintritte beim Militär war er

gesund. Als Soldat acquirirte er Lues im Jahre 1874. Im Jahre 1883 musste er sich einer Enucleation des rechten Auges in der Freiburger Augenklinik unterziehen und war die Diagnose auf Lues gestellt worden, soll aber nicht aufrecht erhalten worden sein. Im Jahre 1877 wurde Patient wegen Gelenkrheumatismus in dem Freiburger Spital behandelt und wurde damals Aorteninsufficienz gefunden. In den Jahren 1881 und 1884 hatte er neue Anfälle von Polyarthritis. Seit dieser Zeit stets Uebelbefinden. Vor 3 Monaten soll der Kranke nach Aussage des ihn behandelnden Arztes einen Schleimfieberanfall gehabt, und seither will Patient stets etwas Leibweh empfunden haben. Seit 3 Wochen besteht Auftreibung des Leibes. Potatorium negirt er. Die Frage nach Nierenleiden wird ebenfalls in negativem Sinne beantwortet. Ueber 14 Tage besteht Verstopfung, sodass täglich klystirt werden musste.

Schon bei der Aufnahme litt Patient an grosser Athemnoth, die durch Darreichung von Morphin nicht gelindert werden konnte. Der Puls am Abend 102, Temperatur 37,0. Einmal war am Tage der Aufnahme Stuhl erfolgt, die Untersuchung des Harns ergab denselben eiweissfrei.

Ein am 1. Tage nach dem Eintritt in das Hospital aufgenommener Status ergab:

Das ganze Abdomen des Kranken hochgradig aufgetrieben, nur in einem kleinen kreisförmigen Bezirke um den Nabel Darmschall, sonst überall Dämpfung. Lebergrenzen nach oben verdrängt. Herzspitze in der Höhe des unteren Randes der vierten Rippe. Grosswellige Fluctuation bei Palpation des Abdomen.

Die Percussion der Lungengrenzen ergab Dämpfung hinten unten auf beiden Seiten: Rechts etwa 3 Fingerbreiten über dem Beginn der normalen Leberdämpfung; links unmittelbar unter dem Angulus scapulae. Ausserdem

eine Spitzendämpfung links. Athmungsgeräusch an den Spitzen verschärft, nach unten im Gebiet der Dämpfung abgeschwächt bis aufgehoben. Pectoralfremitus hinten unten nicht vorhanden.

Die Herzdämpfung überragte rechts den Rand des Sternum, links ging sie in einen Dämpfungsbezirk über. Die Herztöne an der Spitze rein, über der Aorta statt des zweiten Tones ein zischendes Geräusch hörbar. Der Harn ohne Eiweiss, enthielt viel Urate. Die Temperatur morgens 36,0, abends 36,0; Puls des Morgens 96, des Abends 102. Kein Stuhl.

Die bestehende hochgradige Athemnoth bedingte sofortige Entleerung des Ascites.

Es wurden am 17. Mai 10 Liter einer hellrothen Flüssigkeit entleert. Dieselbe enthielt wenig Blutkörperchen, erwies sich dagegen beim Kochen stark eiweisshaltig. Trotz längeren Stehenlassens trat eine Gerinnselbildung nicht ein.

Der Patient, welcher nach vorgenommener Punction einen Compressivverband erhielt, fühlte sich erheblich erleichtert. Die Leber war nicht zu fühlen, dagegen liess sich von der rechten Seite her, unter dem Rippenbogen vorkommend, ein wurstförmiger Strang durch Percussion sowohl als auch durch Palpation erkennen.

Am darauf folgenden Tage hatte der Ascites schon wieder zugenommen. Es fanden sich auch Ergüsse in die Pleurahöhlen, besonders links. Die Temperatur betrug des Morgens 36,0, des Abends 37,3; Puls morgens 108, abends 102. Zwei Stühle waren erfolgt, die Harnmenge betrug 300 Ccm.

Am 19. Mai, dem zweiten Tage nach der Punction, war der Patient ausserordentlich erschöpft, er delirirte des Nachts, war sehr unruhig, verlangte fortwährend aus dem Bett, um dann sofort wieder in dasselbe zurückzu-

kehren. Der Ascites war stärker angestiegen als am vorhergehenden Tage. Die Athmung war fast unzureichend. Die Temperatur betrug früh 37,0, abends 37,0. Der Puls abends 108, Harnmenge 200 Ccm. Kein Stuhl.

Um die Diurese anzuregen, wurde am 20. Mai Infusum Digit. c. Kal. acetic. ordinirt. Die Temperatur war früh 36,0, abends 36,0; der Puls früh 96, abends 102; Harnmenge 300 Ccm. Einmal Stuhl.

Am 21. Mai: Temperatur früh 36,0, Puls 102; Temperatur abends 36,3, Puls 108; Harnmenge 500 Ccm. Ein Stuhl.

Am 22. Mai: Temperatur morgens 36,3, Puls 102; Temperatur abends 36,0, Puls 108. Harnmenge 800 Ccm. Kein Stuhlgang.

Am 23. Mai trat Incontinentia urinae ein, es bildete sich Eczem an der Innenseite der Oberschenkel und den Nates. Temperatur betrug früh 36,0, abends 36,0. Der Puls am Morgen 96, abends 102.

Am 24. Mai wurde der Patient in der hiesigen medicinischen Klinik vorgestellt. Während der klinischen Vorstellung klagte er über Gefühl von Spannung im Leib und Athemnoth. An beiden Beinen, links etwas mehr, war Oedem vorhanden. An der Haut der Unterschenkel braune Flecke. Die Geschlechtstheile nicht ödematös.

Das Abdomen sehr stark aufgetrieben, überall deutliche grosswellige Fluctuation.

In der rechten Mammillarlinie begann die Dämpfung auf der 6. Rippe; links in der Mammillarlinie der Schall überall stark gedämpft tympanitisch.

Auf der Kuppe der Dämpfung heller tympanitischer Schall, der rechts weiter nach der Seite herabreichte als links. In den unteren Lendengegenden auch beiderseits absolute Dämpfung.

Der Herzspitzenstoss am stärksten im 4. Intercostalraum innerhalb von der Mammillarlinie.

Die Herzdämpfung reichte nach rechts über das Sternum herüber, war auch nach oben vergrössert. Links hinten war Dämpfung schon am Angulus scapulae. Rechts hinten begann Dämpfung etwas über der normalen Stelle.

Links hinten war Abschwächung des Athmungsgeräusches und Fehlen des Stimmfremitus. Die Dämpfung links hinten ging nach der Seite und nach vorn über in die Herzdämpfung.

Die Auscultation am Herzen ergab an der Spitze beide Töne stark, den zweiten aber etwas lauter. An der Basis war der zweite Pulmonalton entschieden verstärkt, die Töne sonst rein. Auf dem Sternum hörte man einen reinen ersten Ton und aus dem zweiten hervorgehend ein nicht sehr lang gezogenes, zischendes weiches Geräusch.

Der Harn ziemlich dunkel, ohne Albumen, der Schaum nicht gelb, keine deutliche Gallenfarbstoffreaction, die Sclera etwas icterisch verfärbt, auch sonst der Kranke etwas gelblich. Die Harnmenge betrug 1000 Ccm. Temperatur früh 35,8. Der Puls früh 108, abends 114. Einmal Stuhlgang. Der Kranke bekam Morphium 0,005 verordnet.

Am 25. Mai: Temperatur abends 35,8; Puls früh 102, abends 102, Harnmenge 400 Ccm. Ein Stuhl.

Am 26. Mai: Das Eczem vermehrt, Temperatur abends 37,0, Puls 102, Harnmessung? Ein Stuhl.

Am 27. Mai: Puls abends 90. Harn ohne Eiweiss. Harnmenge 200 Ccm. Einmal Stuhlgang.

Am 28. Mai traten leichte Delirien ein. Der Puls morgens und abends je 90.

Am 30. Mai hatte das Oedem der Unterextremitäten bedeutend zugenommen, namentlich links. Das Eczem an

Oberschenkeln und Nates war vermehrt. Trotz des Infus. Digital. c. Kal. acetic. blieb die Harnausscheidung ungenügend bei fortwährendem Ansteigen des Ascites und des Oedems der unteren Extremitäten. Der Kranke delirirte zum Theil auch am Tage, lag in einem Halbschlummer. Es traten zuweilen Stickanfälle auf und bedingte ein heftigerer solcher erneute Punction des Unterleibes. Der Puls an selbigem Tage betrug des Abends 84; die Temperatur wurde nicht gemessen. Es wurde am 30. Mai zum zweiten Male punctirt.

Entleert wurden 7 Liter Flüssigkeit, die bedeutend heller als die letzte, aber sonst von gleichem Verhalten war. Nach der Punction fühlte sich der Patient zwar erleichtert, aber sehr geschwächt. Der Puls wurde unregelmässig und klein.

Am 1. Juni war der Hydrops-Ascites schon wieder angestiegen. Patient lag völlig erschöpft in comatösem Zustande da. Trotz Excitantien trat eine Besserung nicht ein; der Puls, der morgens 72, abends 84 war, fiel am 2. Juni morgens auf 54, abends auf 72.

In der Nacht vom 2. auf den 3. Juli erfolgte der Exitus letalis. —

Die am 3. Juni Vormittags um 11 Uhr vorgenommene Section der Leiche lieferte folgenden Befund:

Deutliche Todtenstarre, dunkle ausgebreitete Todtenflecke, magerer ziemlich grosser Körper, stark aufgetriebenes Abdomen, Muskulatur der Bauch- und Brustdecken hochgradig atrophisch, blassbraun, schlaff. Aus der Bauchhöhle ergiesst sich eine bedeutende Menge Flüssigkeit. Netz in einen festen Strang zusammengezogen und aufwärts gerollt. Stand des Zwerchfells links im 4., rechts im 3. Intercostalraum, ist mit der Leber verwachsen. Lagerung der Bauchorgane sonst normal.

In der Pleura-Höhle trübe, röthliche Flüssigkeit, rechts weniger als links.

Das Herz nach links verschoben.

Vom ersten Intercostalraum abwärts reicht ein Packet bohnengrosser verkäster Lymphdrüsen. Der Herzbeutel ist völlig obliterirt.

Die Pleura der linken Lunge ist mit zahlreichen pendulirenden Knötchen bedeckt, welche grossentheils von einem rothen Hofe umgeben sind.

Die Consistenz der linken Lunge ist weich, elastisch. Auf dem Durchschnitte ist das Lungengewebe mässig blutreich, lufthaltig, frei von sichtlichen Herderkrankungen. Die Lymphdrüsen am Hilus fest von käsigen Herden durchwachsen. Gefässe frei. In den Bronchien wenig Secret.

Die rechte Lunge viel voluminöser zeigt ausser den pendulirenden Knötchen eine geringe Einziehung an der Spitze, im Durchschnitt ist sie wenig blutreich, in den Bronchien, welche geschwollene und geröthete Schleimhaut besitzen, findet sich wenig blutiges Secret. Gefässe frei, Lymphdrüsen am Hilus und an den Bronchien wie links, in feste, nirgends erweichte, mit käsigen Einsprengungen durchsetzte Knoten verwandelt.

Das ganze Peritoneum, sowohl das parietale als auch das viscerale Blatt ist mit zahllosen miliaren Tuberkeln durchsetzt, im parietalen Blatt zu einer diffusen Infiltration confluirt.

Die Milz ist um das Doppelte vergrössert, ihre Kapsel milchig getrübt. Sie zeigt auf dem Durchschnitte zahlreiche miliare Knötchen, die theilweise verkäst sind.

Die Leber ist mit dem Zwerchfell durch Verwachsungen verbunden, ödematös verdickt. Auf der Glisson'schen Kapsel liegen fibrinöse Auflagerungen, welche mit tuberkulösen Knötchen durchsetzt sind. Sie ist kleiner

als in der Norm, zeigt namentlich auf ihrer unteren Hälfte strahlig eingezogene Narben, welche sich in die Tiefe fortsetzen. Auf dem Durchschnitt sieht man ein Bild äusserst complicirt durch vorhandene keilförmig in die Tiefe reichende syphilitische Veränderungen, zweitens durch diffuse sclerotische Veränderungen, drittens durch eingesprengte, graugelbliche, bis 3 cm. in die Tiefe reichende, scheinbar tuberkulöse Herde. Durch centrale Stauung der Acini sind diese ausserdem dunkler, als normal.

Der Klappenapparat des Herzens ist rechts glatt und zart, die Muskulatur blassbraun. Die Valvula tricuspidalis ist icterisch infiltrirt; das Herzohr frei.

Der Muskel links ist hypertrophirt, dabei zäh, auf dem Schliessungsrande der Mitralis eine Reihe frischer Excrescenzen.

Aortensegel durch ältere Verdickungen beträchtlich verkürzt, stellenweise gefenstert. In der Aortenwand an der Abgangsstelle der hinteren Coronar-Arterie ein atheromatöser Herd. Herd-Erkrankungen im Innern der Muskulatur nicht vorhanden.

Die linke Niere ist grösser, als normal, von normaler Form, etwas weich, aus der Kapsel nur mit Substanzverlust zu lösen. An der Oberfläche treten bis stecknadelkopfgrosse Knötchen auf. Im Durchschnitt zeigen sich diese auch in der Rinde. Das Organ ist sehr feucht. Die Mark- und Rinden-Substanz verschwimmen in einander, letztere ist eher verbreitert.

Die rechte Niere verhält sich wie die linke, sie zeigt auch auf dem Durchschnitt die gleichen Veränderungen.

Die Harnblase ist stark contrahirt. In deren Schleimhaut bemerkt man in der Gegend des Orificium internum der Harnröhre miliare Tuberkel.

Die Schleimhaut des Darms ist mit schleimigem Secret bedeckt. Dieselbe ist frei von Geschwüren. —

Wie jeder aufmerksame Leser wohl gemerkt haben wird, sind die angeführten Krankheitsfälle von E. Wagner und Aufrecht ziemlich zweifelhafter Natur, wenigstens gilt dies von dem zuerst geschilderten Wagner'schen und den beiden von Aufrecht, und sie sind alle der Zeit vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus entnommen. Es liess sich aber in der gesammten medicinischen Literatur so wenig über die vorliegende Arbeit auffinden, dass sich Verfasser nur mit ähnlichem, wenn auch nicht dem gleichen Material begnügen musste. Um so angenehmer ist es ihm daher, in dem eigenen Fall einen solchen zu erblicken, welcher Gelegenheit bietet, einzig und allein als sicherer in der medicinischen Literatur dargestellt zu werden. Desshalb hat Verfasser denselben nach bester Möglichkeit untersucht und zwar vorzüglich nach zwei Richtungen hin. Einmal war es ihm daran gelegen, mikroskopisch zu ergründen, in welchen Beziehungen die syphilitischen und scheinbar tuberkulösen Herde zu einander stünden, dann suchte er zu erfoschen, ob bei der mikroskopischen Untersuchung Tuberkel-Bacillen aufzufinden seien und, wenn dies der Fall, ob diese irgend einen Zusammenhang mit den Herden hätten, die durch die Syphilis erzeugt waren.

Das Präparat, welches vorliegt, enthält die Leber nebst Gallenblase und das der oberen Fläche der Leber adhärente Zwerchfell. Das perihepatitische Bindegewebe ist stark entwickelt. Die Gestalt der Leber ist etwas deform und klumpig. Ihr Gewicht beträgt 1620 gr. Der Breitendurchmesser 21 cm., Tiefendurchmesser 19 cm., Höhendurchmesser 15 cm. Der Umfang von rechts nach links ist 58 cm., der von unten nach oben 46 cm. Der linke Lappen als solcher nicht deutlich abgegrenzt.

Auf dem Durchschnitt sieht man nirgends erweichte Herde.

Zur histologischen Untersuchung wurden an zahlreichen Stellen der Leber kleine Würfel derart ausgeschnitten, dass in denselben immer ein Theil eines der oben beschriebenen syphilitischen Herde vorhanden war. Nach vorhergehender Härtung in Alkohol wurden dieselben auf dem Mikrotom geschnitten und theils einfach mit Hämatoxylin, theils mit Karmin und Hämatoxylin doppelt gefärbt. Dabei zeigte sich unter dem Mikroskop, dass in den ganzen Schnitten normales Lebergewebe fast gar nicht mehr vorhanden war. Es bestand vielmehr der ganze Schnitt der Hauptsache nach aus einer Ansammlung von Rundzellen. In dieser Ansammlung waren dicke, breite, bindegewebige Stränge an zahlreichen Stellen zu bemerken, welche sich ganz regelmässig verzweigten und in ihrer Mitte oft Gefässlumina erkennen liessen. Den Uebergang zu diesen ausgesprochenen Bindegewebszügen bildeten an zahlreichen Stellen mehr spindelförmige Zellen, welche entweder in längsgerichteten Zügen zusammen oder zwischen den Rundzellen einzeln zerstreut lagen. Normales Lebergewebe war, wie schon oben bemerkt, fast nicht mehr vorhanden, dagegen waren sichtbar grössere Herde, die aus glasigen, hyalinen Schollen bestanden. Diese Schollen zeigten hier und da noch eine den Conturen einer normalen Leberzelle entsprechende Grenze. Kernfärbung war aber in denselben nicht mehr zu erzielen. Die eben genannten Herde gaben mit Jodkali oder mit Anilinblau und Salzsäure behandelt, keine Reaction auf Amyloid. Weiterhin fanden sich aber auch vollständige, käsige Herde, theils rund, theils mehr länglich geformt, welche absolut keine Farbe mehr annahmen und keinerlei Structur mehr erkennen liessen. Derartige Herde fanden sich im Lebergewebe selbst, am häufigsten aber waren sie

vertreten in den perihepatitischen Adhäsionen, die die obere Fläche der Leber mit dem Zwerchfell verbanden. Die Muskelfasern des Zwerchfells, welche mit diesen perihepatitischen Adhäsionen verbunden waren, zeigten ausser einer ziemlich beträchtlichen Kernwucherung keine Veränderung, speciell waren keinerlei tuberkulöse oder käsige Herde zwischen denselben vorhanden und andrerseits war ihre Querstreifung deutlich zu erkennen. Mitten in den rundzelligen Infiltrationen befanden sich an zahlreichen Stellen Anhäufungen von epithelartigen Zellen, die eine überaus deutliche und schöne Kernfärbung zeigten. An den meisten kleineren derselben war ein deutliches Lumen zu sehen, und es unterlag keinem Zweifel, dass man es hier mit Gallengängen zu thun hatte, deren Epithel etwas in Wucherung gerathen war. Die grösseren solcher Anhäufungen von epitheloiden Zellen hatten in der Regel auch eine rundliche Gestalt, zeigten schöne Kernfärbung, liessen aber oft nur noch undeutlich in der Mitte ein Lumen, mitunter auch gar keine Oeffnung mehr bemerken.

Auffallend bei diesem ganzen histologischen Befunde musste es erscheinen, dass man in der Leber mikroskopisch keine circumscripten Heerde fand, welche den im Sectionsprotokoll beschriebenen kleinen grauen Knötchen entsprochen hätten. Offenbar hoben sich dieselben in der diffusen rundzelligen Infiltration, die das Lebergewebe ergriffen hatte, mikroskopisch nicht deutlich genug ab, und man hatte demnach histologisch in diesen Leberschnitten, welche den zahlreichsten Stellen entnommen waren, nur solche Veränderungen, wie sie bekanntermassen der Syphilis zukommen.

Um zu entscheiden, ob es sich doch daneben noch um tuberkulöse Veränderungen in der Leber handle, speciell ob die oben beschriebenen kleinen käsigen Herde nicht doch vielleicht tuberkulösen Ursprungs seien, wurde

Lebenslauf.

Verfasser, evangelischer Confession, geboren zu Bohrau in Schlesien am 7. November 1859, besuchte nach Vorbildung in der Elementarschule das königliche Gymnasium zu Gleiwitz bis Secunda, darauf das königliche Gymnasium zu Ratibor, welches er Ostern 1882 mit dem Zeugniss der Reife verliess, und widmete sich dem Studium der Medicin. Von Ostern 1882 bis Michaelis 1882 studirte er an der Universität zu Breslau, darauf 4 Semester an der Universität zu Halle a. S. Hier bestand er das Tentamen physicum. Im Wintersemester des Jahres 1884 musste er unter die Waffen treten und zwar in Würzburg, wo er nach halbjähriger geleisteter Militärpflicht noch ein Semester verblieb. Seit dem Wintersemester 1885 befindet er sich auf der Freiburger Universität. An dieser Hochschule bestand er die ärztliche Hauptprüfung.